

Annexe A: Modèle de formulaire de demande:

Formulaire de demande pour le remboursement de la spécialité THYROGEN (§ 5570000 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001) destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation.

I. I. Identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d'affiliation à l'organisme assureur:

_____ (nom)

_____ (prénom)

_____ (numéro d'affiliation)

II. Conditions à attester par le médecin traitant:

Je, soussigné médecin traitant, déclare que le patient précité a subi une thyroïdectomie totale à la date du ____ / ____ / ____ (jj/mm/aaaa) pour un carcinome folliculaire ou papillaire de la glande thyroïdienne. L'administration du THYROGEN chez mon patient sous traitement freinateur par des hormones thyroïdiennes est nécessaire, car il s'agit d'une fin

- 1. Thérapeutique:** dans le cadre d'une ablation du tissu thyroïdien résiduel au moyen d'iode-131, ce que je ne peux solliciter qu'une seule fois.

ET/OU

- 2. Diagnostique:** pour la préparation à la réalisation postopératoire du dosage sérique de la thyroglobuline associé ou non à un total body scanning par iode-131, chaque fois à compter à partir de la date d'opération:

- 2.1. une fois pendant la première année postopératoire en cas d'un taux sérique indétectable de la thyroglobuline sous traitement freinateur par des hormones thyroïdiennes.

OU

- 2.2. par après, une fois par an, chez mon patient présentant un taux sérique détectable de la thyroglobuline sous stimulation par le THYROGEN ou mon patient présente des anticorps anti-thyroglobuline.

Le nombre de flacons administrés par épisode est de ____ (2 au maximum).

Si nécessaire, j'envoie au médecin conseil les pièces justificatives démontrant que mon patient remplit à la situation attestée ci-dessus.

III. Identification du médecin (nom, prénom, adresse, n° INAMI):

_____ (nom)

_____ (prénom)

____-____-____-____ (n° INAMI)

____/____/____ (date)

Cachet et signature du médecin: